

自立支援医療費（育成・更生・**精神通院**）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

受診者	フリガナ 受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所	〒 -					電話番号				
	個人番号										
受診者が 未満の場合 18歳	フリガナ 保護者氏名						受診者との 関係				
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒 -					電話番号 ※2				
	保護者個人番号										
負担額に 関する 事項	受診者の被保険者証 の記号及び番号				保険者名						
	受診者と同一保険 の加入者 及び個人番号	加入者名	個人番号		加入者名	個人番号					
該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ 継続 ※4	該当・非該当				
身体障害者手帳 番号				精神障害者保健福 祉手帳番号							
受診を希望する指定自 立支援医療機関（薬 局・訪問看護事業者を 含む）	医療機関名					所在地・電話番号					
受給者番号 ※5				前回有効期限	年 月 日～		年 月 日				
治療方針の変更 ※6	有・無			診断書の添付 ※6、※7	有・無						
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※8</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">（あて先）秋田県知事</p>											

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をしてください。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
 ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をしてください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※8 申請者氏名については、記名押印してください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日		
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ 継続	該当・非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ 継続	該当・非該当	
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書		標準負担額減額認定証	
	生活保護受給世帯の証明書		その他収入等を証明する書類（ ）			
前回の受給者番号			今回の受給者番号			
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規					
変更申請内容	（医・薬・訪看・所得区分）の（追加・変更）					
備考					市町村担当者 本人確認欄 <input type="checkbox"/>	